

案卷号	205	类别号	A	期限	永久
年度	2009	机构		件号	155

共13

# 广东省珠海市卫生局文件

珠卫〔2009〕130号

## 关于印发《珠海市医疗机构 考核实施办法（试行）》的通知

各区卫生局、各有关医疗卫生单位，市民营医疗机构协会：

为实行医疗机构考核制度，提高规范化管理水平，完善医疗机构准入与退出机制，我局组织制定了《珠海市医疗机构考核实施办法（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

附件：珠海市医疗机构考核实施办法（试行）



二〇〇九年六月二日

附件

## 珠海市医疗机构考核实施办法（试行）

**第一条** 为进一步做好我市医疗机构的规范化管理，为人民群众提供一个优质、规范、安全的就医环境，确保医疗安全，结合我市实际情况，制定本办法。

**第二条** 医疗机构考核的宗旨是，督促医疗机构落实《执业医师法》、《母婴保健法》、《献血法》、《传染病防治法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《护士条例》、《中医药条例》、《突发公共卫生事件应急条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗广告管理办法》、《处方管理办法》、《放射诊疗管理规定》等法律法规，进一步强化医疗机构依法执业意识，规范执业行为，不断提高医疗质量，减少医疗事故的发生，保障人民群众身体健康。

**第三条** 考核遵循依法、公平、公正、公开原则。

**第四条** 本办法适用全市所有医疗机构。

本市二级以上医院（中医院、妇幼保健院）执行卫生部和省卫生厅《医院评价指南》，《医院评价指南》中未作出规定的，按本办法执行。

**第五条** 考核内容包括：

- （一）依法执业情况
- （二）机构管理情况
- （三）医疗质量管理情况

(四) 命名管理情况

(五) 宣传管理情况

第六条 市卫生局成立医疗机构考核实施领导小组，由局长任组长，分管领导为副组长，局医政科、法监科、基妇科、疾控科、应急办、专员办、市卫生监督所、各区卫生局负责人为成员，负责考核工作的组织领导、协调、监督落实等。

领导小组下设办公室，具体负责考核工作的组织实施，考核后提出总结、分析报告，对存在问题提出处理意见，并指导、督促相关部门落实执行。

第七条 考核采取日常不定期检查和年度全面考评检查相结合的办法。

(一) 检查形式：分日常检查与年度全面（含专项）检查相结合，分组分片进行检查，查现场资料、场所、设施、人员等，现场检查，现场打分。

(二) 检查记分：全年检查采取累加记分法。即日常检查与年终检查（含专项）得分累加作为年度考核总分，其中日常考评分值与年终考核各占50%。

(三) 考评等级。全年总分90分以上优秀，90-80分良好，79-60分一般，60分以下不合格。

第八条 考核采取以下方法：

(一) 日常检查：由市卫生监督所负责完成，主要是不定期常规检查和专项检查、投诉调查。并根据检查情况予以评分，需处罚的按行政处罚程序进行。

(二)年度全面检查:由市卫生局医政科牵头组织,会同市卫生监督所、各区卫生局、相关专家联合进行,全年1—2次。上级指令性专项检查纳入年度全面检查范围。

第九条 每年1月份,市卫生局对上一年度考核情况进行公示,公示期5天。对考核结果有异议的10日内向市卫生局专员办、医政科提出申诉,由专员办、医政科15日内组织调查并作出答复。

第十条 在年度考核基础上,市卫生局每年召开总结表彰大会,对优秀单位进行表彰,并根据检查结果,对一般单位提出警告,列为重点监管对象;对不合格单位进行通报,依法进行处罚,暂缓年审、限期整改。

第十一条 每年2月份,市卫生局组织对考核不合格的单位进行复查,复查仍不合格的,限期整改,整改不合格的,依法予暂停执业直至吊销医疗机构执业许可证。

第十二条 各区卫生行政部门参照本办法成立相应考核组织,并负责本辖区医疗机构考核的组织实施。

第十三条 本办法自2009年7月1日起实施。

附表:1.珠海市医疗机构规范化管理考核评分表(门诊部、诊所)  
2.珠海市医疗机构规范化管理考核评分表(三级医院)  
3.珠海市医疗机构规范化管理考核评分表(二级以下医院)

附表 1

## 珠海市医疗机构规范化考核评分表（门诊部、诊所）

项目	检查内容	扣分、加分标准	得分
机构设置管理 (5')	医疗机构改变名称、场所、主要负责人、诊疗科目、床位，必须向原登记机关办理变更登记。	医疗机构不及时履行变更登记手续的扣 5 分。	
依法执业 (25')	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构执业，必须遵守有关法律、法规和医疗技术规范。</li> <li>2. 医疗机构必须按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动。</li> <li>3. 医疗机构不得使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。</li> <li>4. 床位不满 100 张的医疗机构，其《医疗机构执业许可证》每年校验 1 次；床位在 100 张以上的医疗机构，其《医疗机构执业许可证》每 3 年校验 1 次。</li> <li>5. 《医疗机构执业许可证》不得伪造、涂改、出卖、转让、出借，严禁变相出租、转让《医疗机构执业许可证》，禁止科室承包与合作经营。</li> <li>6. 开展放射诊疗工作的，必须取得《放射诊疗许可证》，并进行相应诊疗科目登记。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构违反有关法律法规和技术规范扣 5 分。</li> <li>2. 医疗机构超范围经营扣 5 分。</li> <li>3. 使用非卫生技术人员扣 5 分。</li> <li>4. 不按期校验扣 5 分。</li> <li>5. 伪造、涂改、出卖、转让、出借，变相出租、转让《医疗机构执业许可证》的扣 5 分。</li> <li>6. 无《放射诊疗许可证》、未进行相应诊疗科目登记，扣 5 分。</li> </ol>	
机构管理 (10')	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医疗机构管理机构设置合理，满足管理工作需要，建立健全各项规章制度和岗位职责，并能及时修订完善，职工熟悉本岗位职责及相关规章制度。</li> <li>2. 医疗机构应根据本机构功能与任务开展相应工作，严禁开展与法律和卫生主管部门规定功能及定位不相符的医疗活动。</li> <li>3. 医疗机构有承担相应的健康教育、预防保健及公共卫生职能。</li> <li>4. 医疗机构对传染病、精神病、职业病等患者的特殊诊治和处理，应当按照国家有关法律、法规的规定办理。</li> <li>5. 医疗机构发生医疗事故，应及时向卫生行政部门报告，不得瞒报、迟报、漏报。</li> <li>6. 发生重大灾害、事故、疾病流行或者其他意外情况时，医疗机构及其卫生技术人员必须服从卫生行政部门的调遣。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 管理组织不健全，扣 1 分，各项规章制度未建立或不完善扣 1 分。</li> <li>2. 开展与规定功能及定位不相符的医疗活动扣 2 分。</li> <li>3. 不开展应承担的公共卫生职能扣 2 分。</li> <li>4. 不按法律法规处理和诊治传染病、职业病及精神病，传染病漏报率超过 5% 的扣 2 分。</li> <li>5. 瞒报、迟报、漏报医疗事故一次扣 2 分。</li> <li>6. 不服从卫生行政部门调遣的扣 2 分。</li> </ol>	

机构名称:

考核人员:

考核日期:

迎检人员:

	<p>1. 医疗机构应认真贯彻落实国家有关法律、法规和规章制度，健全医院各项工作制度，加强科学管理，不断提高医疗质量，保障医疗安全。</p> <p>2. 建立健全的医疗质量管理组织，法定代表人或所有(设置)者作为医疗质量管理第一责任人，落实专人负责质量管理管理工作。</p> <p>3. 核心医疗制度落实情况，包括：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、分级护理制度、查对制度、病历书写基本规范与管理、交接班制度、临床用血审核制度、放射诊疗和放射防护管理制度等。</p> <p>4. 医疗文书书写及时、准确、完整、规范，不得伪造、篡改、销毁医疗文书(包括门诊病历)。医疗文书的保管依照规定进行。</p> <p>5. 临床检验实验室布局与流程安全、合理，不开展淘汰和未经批准的项目。检验报告及时、准确、规范，不得出虚假检验报告。</p> <p>6. 义诊活动实行备案管理。</p> <p>7. 医疗机构必须按照有关药品管理的法律、法规，加强药品管理，不得出售假冒伪劣药品。支持和鼓励及早发现并报告药品不良反应。麻醉药品及第一类精神药品管理符合要求。</p> <p>8. 医疗机构信息系统满足管理和临床工作需要，不得迟报、瞒报、漏报、错报医疗卫生信息。</p> <p>9. 不得做虚假财务报表。</p> <p>10. 机构基本建设符合规划要求，符合医院感染预防与控制的要求。水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。按规定配置使用甲乙类大型医疗设备。医疗废物和污水处理符合国家规定。开展放射诊疗工作的，应当具备与其开展的放射诊疗工作相适应的条件，按照要求进行放射诊疗的安全防护和质量保证工作。</p> <p>11. 加强医德医风教育，促进行风建设，努力提高服务水平。</p> <p>12. 采取有效措施，加强医疗服务全程的安全监督管理，保障就诊者、工作人员以及其他来院人员的安全。</p> <p>12. 支持和鼓励特色专科建设，以重点专科带动医疗质量总体提高。</p>	<p>1. 不执行有关法律、法规和规章制度，扣 2 分。</p> <p>2. 没有质量管理组织扣 2 分，质量管理组织没有开展相关工作扣 2 分。</p> <p>3. 核心制度没有建立每缺一项扣 2 分，检查核心制度落实情况，每未落实项扣 2 分。</p> <p>4. 医疗文书书写不及时、准确、完整、规范的扣 2 分，伪造、篡改、销毁医疗文书(包括门诊病历)扣 3 分，医疗文书的保管不合格的扣 2 分。</p> <p>5. 临床检验实验室布局与流程不安全、不合理扣 1 分，开展淘汰和未经批准的项目扣 2 分，出虚假检验报告扣 5 分。</p> <p>6. 义诊没有备案，每次扣 2 分。</p> <p>7. 不执行有关药品的法律法规的扣 1 分，出售假冒伪劣药品的扣 1 分。报告药品不良反应并有预防止群体性严重后果的，每起加 2 分，此项总分不超过 5 分。不按规定管理麻醉药品及第一类精神药品的扣 2 分。</p> <p>8. 迟报、瞒报、漏报、错报医疗卫生信息扣 2 分。</p> <p>9. 做虚假财务报表扣 3 分。</p> <p>10. 机构基本建设不符合规划要求，不符合医院感染预防与控制的要求扣 2 分，未按规定配置使用甲乙类大型医疗设备扣 2 分，医疗废物和污水处理不符合国家规定扣 2 分。放射防护安全和质量保证不符合规定扣 5 分。放射防护安全和质量保证不符合规定扣 5 分。</p> <p>11. 医疗机构未开展医德医风教育扣 2 分。</p> <p>12. 医院建设不符合安全要求扣 2 分。</p> <p>13. 被确定为市级以上特色专科或重点专科的，每个加 5 分，此项总分不超过 10 分。</p>
<p>业务管理 (30')</p>		

命名管理 (10')	<p>1. 医疗机构的命名必须符合以下原则：(一) 医疗机构的通用名称应符合现行规定。(二) 医疗机构识别名称应当合并使用。(三) 名称必须名副其实。(四) 名称必须与医疗机构类别及诊疗科目相符。(五) 医疗机构识别名称中不得含有行政区划名称，但必须含有设置单位名称或者个人的姓名。</p> <p>2. 医疗机构不得使用下列名称：(一) 有损于国家、社会或者公共利益的名称；(二) 侵犯他人合法权益的名称；(三) 以外文字母、汉语拼音组成的名称；(四) 以医疗仪器、药品、医用产品命名的名称；(五) 含有“疑难病”、“专治”、“专家”、“名医”或同类含义文字的名称以及其他宣传或者暗示诊疗效果的名词。</p> <p>3. 医疗机构利用各种媒介或者形式直接或间接介绍医疗机构或医疗服务的，应严格遵守《医疗广告管理办法》、《医疗机构管理条例》、《中医药条例》等法律法规的规定。</p> <p>4. 医疗机构在其法定控制地带的标示应仅含有医疗机构名称、地址及联系电话，不得含有以下情形或内容：</p> <p>(一) 涉及医疗技术、诊疗方法、疾病名称、药物的；</p> <p>(二) 保证治愈或者隐含保证治愈的；</p> <p>(三) 宣传治愈率、有效率等诊疗效果的；</p> <p>(四) 淫秽、迷信、荒诞的；</p> <p>(五) 贬低他人的；</p> <p>(六) 利用患者、卫生技术人员、医学教育科研机构及人员以及其他社会社团、组织的名义、形象作证明的；</p> <p>(七) 使用解放军和武警部队名义的；</p> <p>(八) 法律、行政法规规定禁止的其他情形。</p> <p>5. 医疗机构向外宣传禁止利用新闻形式、医疗资讯服务类专题节(栏)目发布或变相发布医疗广告。有关医疗机构的人物专访、专题报道等宣传内容，可以出现医疗机构名称，但不得出现有关医疗机构的地址、联系方式等医疗广告内容；不得在同一媒介的同一时间段或者版面发布该医疗机构的广告。</p> <p>6. 医疗机构需发布医疗广告按照《医疗广告管理办法》办理手续和发布。发布的医疗广告内容应与审批的内容一致。</p> <p>7. 支持和鼓励医疗机构开展动态信息报送与正面宣传报道。</p>	<p>1. 医疗机构命名违反(一)---(五)条，每条扣2分。</p> <p>2. 医疗机构名称中出现(一)---(五)条中情形每条扣2分。</p>
宣传管理 (10')	<p>1. 宣传中违反相关法律法规，每次扣2分。</p> <p>2. 医疗机构在其法定控制地带的标示含有(一)---(八)条情形或内容的，每项扣2分。</p> <p>3. 医疗机构利用新闻形式、医疗资讯服务类专题节(栏)目发布或变相发布医疗广告的，每次扣2分。</p> <p>4. 未经审批发布医疗广告的，每次扣5分。发布的医疗广告内容与审批的内容不一致的，每次扣2分。</p> <p>5. 上报信息报送被市卫生计生局采用的加0.5分/条，被市委办、市府办和卫、省卫生和、市两报两台采用的加1分/条，被市两报两台正面宣传报道的2分/条。采用单位和宣传媒体影响力提高，加分相应增加。此项总分不超过5分。</p>	<p>1. 宣传中违反相关法律法规，每次扣2分。</p> <p>2. 医疗机构在其法定控制地带的标示含有(一)---(八)条情形或内容的，每项扣2分。</p> <p>3. 医疗机构利用新闻形式、医疗资讯服务类专题节(栏)目发布或变相发布医疗广告的，每次扣2分。</p> <p>4. 未经审批发布医疗广告的，每次扣5分。发布的医疗广告内容与审批的内容不一致的，每次扣2分。</p> <p>5. 上报信息报送被市卫生计生局采用的加0.5分/条，被市委办、市府办和卫、省卫生和、市两报两台采用的加1分/条，被市两报两台正面宣传报道的2分/条。采用单位和宣传媒体影响力提高，加分相应增加。此项总分不超过5分。</p>
投诉管理 (10')	<p>指定人员负责医疗纠纷的调解，制定有关医疗事故防范预案；按《医疗事故处理条例》的规定向市卫生计生局报告重大医疗过失行为或医疗事故。</p>	<p>经卫生部门调查核实的医疗投诉，每单投诉扣5分，扣完为止。</p>
总分		

注：1. 本考核标准未尽事宜由检查执法人员按相关法规处理，并在相应扣分项目中酌情扣分；2. 处罚，检查中发现违规情况按有关法规处罚，同时相应扣分；

3. 采取现场检查，即时打分；4. 本表总分100分，各项扣分标准见表，扣完为止。

附表 2

主要专业部门医疗质量管理与持续改进 (315 分) (三级医院)

(一) 非手术科室医疗质量管理与持续改进 (25 分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 实行患者病情评估制度, 遵循诊疗规范制定诊疗计划, 并进行定期评估, 根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。	2 分	1、抽查 10 份运行病历, 检查患者评估制度的执行情况 (如: 住院患者评估、危重病人评估、出院前评估等) 及适宜于患者的诊疗方案 (计划) 提供依据和支持。诊疗计划是否及时、具体、可行。	1 份病历无诊疗计划或无执行患者评估制度扣 0.5 分。
(2) 加强运行病历监控与管理, 落实核心制度和规范要求, 提高诊疗质量, 保障治疗安全、及时、有效、经济。	5 分	2、抽查 10 份运行病历, 按《广东省病历书写规范》要求重点检查医疗质量和患者安全的核心制度的落实情况, 甲级病历 $\geq 90\%$ 、无丙级病历。	核心制度 1 项不落实扣 1 分, 甲级病历每低 $\leq 1\%$ , 扣 1 分至扣完为止, 发现 1 份丙级病历全扣分。
(3) 落实三级医师负责制。	2 分	3、抽查患者的诊疗方案是否落实三级医师责任制情况。	无落实三级医师责任制扣 1 分。
(4) 规范治疗, 合理用药, 严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。	5 分	4、抽查 10 份住院病历, 按《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》检查临床用药, 尤其抗菌药是否按“限制使用”和“特殊使用”分级管理规定。是否符合因病施治、合理用药、合理治疗。有无开展用药不良反应监测。	临床用药, 尤其抗菌药无实行动级管理规定扣 2 分, 发现不合理用药 1 项扣 1 分至扣完为止。无开展用药不良反应监测扣 2 分。
(5) 有危重病人抢救制度, 规范三级医师报告和职责, 提高抢救成功率; 严格并发症和医院感染事件报告制度, 不瞒报和漏报。	5 分	5、查看危重病人抢救流程、三级医师报告制度和职责及抽查 10 份住院病历了解有否医院感染病例瞒报和漏报。	无危重病人抢救流程、三级医师报告制度和职责缺一项扣 1 分。发现漏报 1 例医院感染病例扣 1 分。
(6) 按手术诊疗管理有创诊疗操作。	1 分	6、抽查有创诊疗操作记录是否按手术诊疗管理要求。	有创诊疗操作记录不全或不按要求扣 1 分。
(7) 开展单病种质量监控管理。	5 分	7、重点检查六项单病种: 急性心肌梗死、心力衰竭、住院病人社区获得性肺炎、缺血性脑梗死、髋膝关节置换术、冠状动脉旁路移植术的质量控制管理。	无开展单病种质量监控管理扣 5 分, 质量管理未达到要求发现 1 项扣 1 分。

## (二) 手术科室质量管理与持续改进 (30分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 实行患者病情评估制度, 遵循诊疗规范制定诊疗计划, 并进行定期评估, 根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案	2分	1、抽查10份住院病历, 查患者评估制度的执行情况(如: 住院患者评估、手术前评估、麻醉评估、危重病人评估、住院患者再评估, 包括手术后评估、出院前评估等)及适宜于患者的诊疗(手术)方案(计划)提供依据和支持。	1 份病历无诊疗计划或无进行患者评估制度扣0.5分。
(2) 实行手术资格准入、分级管理制度, 重大手术报告、审批制度。	2分	2、查阅有关资料及抽查10份住院病历, 了解制度的执行情况: ①手术医师、麻醉医师资质管理制度和手术审查、批准制度。分级管理制度。②重大手术报告、审批制度。	缺①②中之一扣0.5分。
(3) 加强围手术期质量控制, 重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理, 医患沟通制度的落实。术前: 诊断、手术适应症明确, 术式选择合理, 患者准备充分, 与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等。手术前查对无误; 术中: 手术操作规范, 输血规范, 意外处理措施果断、合理, 术式改变等及时告知家属或委托人; 术后: 观察及时、严密, 早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。	5分	3、抽查10份病历, 重点考核本科前5位住院病种, 检查手术记录是否规范, 术后记录是否正确反映病人术后的情况。术前准备: 诊断、手术适应症是否明确、术式选择是否合理、有无与患者签署手术、麻醉同意书, 输血同意书。检查手术中管理 & 术后处置、手术查对、术中管理、术后处置是否合理规范。术前诊断与病理诊断相符率>90%。	考核要点1项达不到要求扣0.5分至扣完为止。
(4) 麻醉工作程序规范, 术前麻醉准备充分, 麻醉意外处理及时, 实施规范的麻醉复苏全程观察。	3分	4、抽查10份住院病历, 检查麻醉工作程序、术前麻醉准备是否规范, 发生麻醉意外处理情况。麻醉复苏是否实施全程观察。	考核要点1项达不到要求扣0.5分至扣完为止。
(5) 加强运行病历的监控与管理, 落实核心制度和规范要求, 提高医疗质量, 保障治疗安全、及时、有效、经济。	5分	5、抽查10份运行病历检查, 按《广东省病历书写规范》要求重点检查核心制度的落实情况和查病历书写质量, 甲级病历≥90%、无丙级病历。	核心制度1项不落实扣1分 甲级病历每低≤1%, 扣1分至扣完为止, 发现1份丙级病历全扣分。
(6) 落实三级医师负责制。	2分	6、抽查10份运行病历检查, 三级医师责任制是否落实。	发现1份病历无落实三级医师责任制扣0.5分。

<p>(7) 规范治疗, 合理用药, 严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。</p>	<p>5 分</p>	<p>7、抽查 10 份住院病历, 按《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》检查临床用药, 尤其抗菌药是否按“非限制使用”“限制使用”和“特殊使用”分级管理规定。是否符合因病施治、合理用药、合理治疗。有无开展用药不良反应监测。</p>	<p>抗菌药使用无实行分级管理规定扣 2 分, 发现不合理用药 1 项扣 0.5 分至扣完为止, 无开展用药不良反应监测扣 2 分。</p>
<p>(8) 有危重病人抢救制度, 规范三级医师报告和职责, 提高抢救成功率; 严格并发症和医院感染事件报告制度, 不瞒报和漏报。</p>	<p>4 分</p>	<p>8、检查危重病人抢救流程, 三级医师报告制度和人员职责、医院感染事件报告制度等。</p>	<p>无危重病人抢救流程、三级医师报告制度和人员职责扣 1 分。发现漏报一例医院感染病例扣 1 分</p>
<p>(9) 采取有效措施, 缩短择期手术患者术前平均住院日。</p>	<p>2 分</p>	<p>9、统计 10 份择期手术患者病历的平均住院日和科室采取缩短择期手术的措施。</p>	<p>择期手术平均住院日超过 3 天扣 1 分。科室无采取缩短择期手的措施扣 1 分。</p>

### (三) 门诊工作医疗质量管理与持续改进 (20分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 门诊环境布局合理, 符合医院感染预防与控制要求。	3分	1、检查门诊环境布局、医院感染预防与控制的管理、门诊管理信息系统。有无健全门诊的质量管理体系与服务流程及质量管理与持续改进的方案落实情况与完善的信息系统。	考核内容1项不达到要求扣1分。
(2) 有分诊、导诊服务, 落实首诊负责制和科间会诊制度	2分	2、查阅有关管理制度及分诊导诊的服务流程; 首诊负责制和科间会诊制度等实施情况,	考核内容1项不达到要求扣0.5分。
(3) 依据工作量及需求, 合理配置专业技术人员, 落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责, 提高门诊诊疗能力, 保障门诊诊疗质量。	5分	3、查阅有关资料及记录, 现场查看门诊医师的配置适宜情况; 主治医师以上的本院医师出门诊比例 $\geq 60\%$ , 门诊医师形成适宜的梯队。外院进修人员出门诊有授权批准程序。外院进修人员占门诊医生比重 $\leq 20\%$ 。特殊(专家)门诊的管理: 有专科(专家)门诊的申请、审批、资格认定的制度与规范。副高以上职称医师出门诊每周1~2次。实际出诊率 $\geq 90\%$ 。有专科(专家)门诊质量管理与评价机制。专家门诊量限定与出普通门诊的管理制度。专家门诊量限定每小时不超过6~7人。	考核内容1项不达到要求扣0.5分扣完为止。
(4) 规范门诊医疗文书, 有书写质量监控措施。	5分	4、有各项医疗服务技术规范与准入管理制度。执行《广东省常见病基本诊疗规范》, 对常见病的诊疗力求做到合理检查, 合理治疗、合理用药。有门诊医疗文书的书写规范与质量检查制度。现场检查20份门诊病历、处方、各种检查申请单、报告单是否符合规范要求。	门诊病历、处方等书写不要求1例扣0.5分。 考核内容1项不达到要求1分至扣完为止。
(5) 制定突发事件预警机制和处理预案, 提高快速反应能力。	2分	5、查阅资料, 有无突发事件预警机制和处理预案。发现问题能否及时给予处理并有记录。	考核内容缺1项扣1分。至扣完为止。
(6) 开展多种形式的门诊诊疗服务, 满足患者不同就医需要, 方便患者就医。	2分	6、有合理的服务流程, 方便患者就医, 在岗员工熟悉服务流程、规范。抽查2-3名在岗员工对服务流程的熟悉情况。	考核内容缺1项扣0.5分。
(7) 严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。	1分	7、检查有关资料, 检查执行传染病报告制度的情况, 法定传染病报告率100%。	传染病报告率不达标扣1分。

### (四) 急诊医疗质量管理与持续改进 (25分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>(1) 急诊科独立设置, 急诊专业队伍稳定, 人员相对固定, 设备设施完备, 布局合理, 满足急诊工作需要, 符合医院感染控制要求。</p>	2分	<p>1、现场检查急诊专业设置、人员配备。医护人员数与功能任务是否匹配, 查阅岗前培训及有关资料和记录。急诊科是否独立设置, 科室布局、专业设置是否合理、分区明确, 符合医院感染控制要求。</p>	<p>1 项不符合扣 0.5 分。</p>
<p>(2) 急诊医务人员经过专业培训, 能够胜任急诊工作, 急诊抢救工作中主治医师以上 (含主治医师) 主持或指导, 不断提高急危重症患者抢救成功率。</p>	2分	<p>2、急诊人员是否相对固定, 配置是否合理, 能否满足急诊工作需要专业人员配备; 固定的急诊科医师、护士各占总人数的 60%。进修医师、护士, 必须经培训考核合格方可上岗。</p>	<p>1 项不符合扣 0.5 分。</p>
<p>(3) 急救设备、药品处于备用状态, 急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备, 熟练掌握心肺复苏急救技术。</p>	5分	<p>3、检查急救服务设施和急救药物是否齐备完好, 医务人员能否熟练操作和正确使用急诊科的抢救、复苏设备和急救药物。通讯设施完好、畅通。用案例考查救护车出车时间、急救设备应急补充时间等。查阅有关资料与交班与维保记录。抽查 3 名急诊医护人员考核使用各种抢救设备、掌握心肺复苏急救技术和急救药物使用情况。</p>	<p>急诊科必备的急救设备 (如供氧设施、抢救车、呼吸机、吸引器、除颤器、心电监护仪、洗胃机等) 及药品配备不全或不能正常使用扣 5 分; 急诊设备或药品摆放不合理扣 2 分。其它 1 项不符合扣 1 分, 1 人考核不及格扣 1 分至扣完为止</p>
<p>(4) 加强急诊质量全程监控与管理, 落实核心制度, 尤其是首诊负责制和会诊制度, 急诊服务及时、安全、便捷、有效, 提高急诊分诊能力, 建立“绿色通道”, 科间紧密协作, 建立与医院功能任务相适应的重点病种 (创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等) 急诊服务流程与规范, 保障患者获得连贯医疗医疗服务。</p>	6分	<p>4、重点检查急诊检验、放射、输血、药房、会诊、留观、手术、转诊等各环节的工作程序, 是否便捷、安全、有效、流程合理。能否提供快捷、连贯服务。查急诊质量监控与管理及落实核心制度的情况。重大、紧急、意外事件处理的预案与演练记录文件。用案例演练所具备处理急危重症的能力。</p> <p>①建立急诊、入院、手术“绿色通道”, 提供便捷、安全、有效的急诊服务程序。有急诊服务的工作流程及管理文件, 特别是重点病种 (创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等) 的急诊服务流程与规范。有确保应急电、氧气供应的程序; ②提供 24 小时急诊服务的二级临床学科 ≥ 85%; ③急诊药房、检验、放射科提供 24 小时全天候服务。输血科提供 24 小时急诊用血服务, 并有优先的规定</p>	<p>①②③之 1 项不符合扣 2 分</p>

<p>(5) 加强急诊留观患者管理，提高需要住院治疗急诊患者的住院率，急诊留观时间平均不超过 72 小时。</p>	<p>3 分</p>	<p>5、查留观患者的登记本及管理制度，检查需要住院治疗急诊患者的住院率及急诊留观时间。</p>	<p>急诊留观时间&gt;72 小时每例次扣 0.5 分。</p>
<p>(6) 急诊抢救医疗文书书写规范、及时、完整。</p>	<p>5 分</p>	<p>6、查看急诊科死亡病历 5 份,按《广东省病历书写规范》要求重点检查核心制度的落实情况 and 病历书写质量。急诊抢救是否合理检查,合理治疗、合理用药。</p>	<p>核心制度的不落实每例扣 1 分,处理不及时扣 0.5 分/例,不及时检查、用药、治疗等每项扣 0.5 分</p>
<p>(7) 医患沟通充分。</p>	<p>2 分</p>	<p>7、检查死亡病历 5 份,知情同意书的签署情况</p>	<p>缺知情同意书签署扣 2 分</p>

### (五) 重症监护病房医疗质量管理与持续改进 (20分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>(1) 重症监护病房布局合理, 人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应, 科间紧密协作, 保障诊疗工作需要。执行粤卫【2004】95号文件的规定。</p>	3分	<p>1、检查重症监护病房布局是否合理, 设置符合方便患者转运、检查和治疗的区域。是否有确保重症病人救治的必备设施。病床数8-12张, 占医院总床位2-8%。</p> <p>2、人员配备专业化, 有固定医师护士编制; 固定的ICU医师至少占60%、固定编制护士100%。有ICU医师、护士的准入制度。(固定编制医师均是接受过ICU专业培训一年以上或进修学习半年以上, 并担任住院医师二年以上人员。固定编制护士要熟练掌握专业技术操作技能。)</p> <p>3、医生与床位比为0.8-1.1:1以上。护士与床位比为2.5-3:1以上。</p>	<p>1项不符合扣1分。</p>
<p>(2) 建立健全重症监护病房质量管理体系, 并组织实施。</p>	5分	<p>2、查阅病房质量管理体系、常规、技术操作规程等有关资料。如医疗质量控制制度、会诊制度、三级查房制度、病人转入、转出制度、抗生素使用制度、血液与血液制品使用制度、消毒隔离制度、抢救设备操作、管理制度等。</p>	<p>无各项规章制度, 各类人员的工作职责及诊疗常规等1项扣1分至扣完为止。</p>
<p>(3) 医务人员实行岗位准入管理, 强化理论和技能培训, 提高专业技术人员的业务水平。</p>	3分	<p>3、查医务人员岗位职责、工作制度及准入管理、理论与技能培训考核制度等有关资料。现场抽2-3名医护人员, 考核专业技术操作水平: 气管插管、有创动脉血压、中心静脉压的监测与操作或相关知识。中心静脉置管、机械通气、血液净化的操作、心脏除颤操作、肠内营养和肠外营养的操作和实施或相关知识。</p>	<p>1项不符合扣1分, 考核专业技术操作不合格扣1分/人, 不熟练扣0.5分/人。</p>
<p>(4) 严格执行患者入、出重症监护病房标准。</p>	2分	<p>4、查10份病历检查患者入、出重症监护病房的标准及执行情况。</p>	<p>不符合标准每例扣0.2分。</p>

<p>(5) 加强重症监护病房医院感染管理, 严格执行手卫生规范及 MRSA 等特殊感染病人的隔离。对呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染实行监控。</p>	<p>3 分</p>	<p>5、按《医院感染管理办法》要求评价医院感染管理的落实情况; 重点检查医务人员手卫生、多重耐药菌医院感染的监测和管理。有预防医院感染管理的应急预案和控制措施。</p>	<p>手卫生检查发现 1 人不符合要求扣 0.5 分 缺少多重耐药菌医院感染的监测和管理发 现一例扣 0.5 分。无预防医院感染管理的 应急预案和措施 1 项扣 1 分至扣 1 分扣完为 止。</p>
<p>(6) 加强运行病历监控与管理, 落实核心制度和岗位职责, 规范全程管理、严密观察、及时处理患者病情变化, 提高危重患者抢救成功率。</p>	<p>4 分</p>	<p>6、抽查 10 份病历, 查核心制度的落实执行情况。按《广东省病历书写规范》的评分标准要求检查。</p>	<p>核心制度的不落实每例扣 1 分, 处理不及 时扣 0.5 分/例, 不及理检查、用药、治疗 等每项扣 0.5 分。甲级病历每低 ≤ 1%, 扣 1 分。发现 1 份丙级病历全扣分。</p>

## (六) 感染性疾病科管理 (13分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 感染性疾病科建设符合规定, 严格执行门诊患者预检分诊制度。	5分	1、按《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》《传染病防治法》要求检查, 感染性疾病科的建设是否符合要求; 科室布局、设施、配置规范。肠道门诊, 发热门诊、传染病房等的建筑设计和服务流程符合医院感染管理的要求。	1项不符合要求扣1分。
(2) 严格执行《传染病防治法》及相关法律法规、法规和规章制度。建立健全规章制度并组织实施, 有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。	3分	2、查阅有关资料: 检查法规、规章制度等的执行情况, 有无传染病控制的预案及应急处理措施。	无建立健全规章制度, 组织实施不落实, 1项扣0.5分。
(3) 有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作, 并按照规定进行网络直报。	3分	3、检查疫情报告登记的有关资料: ①有专门部门或专人负责按规定报告疫情工作。医院按规定进行网络直报。 ②法定传染病报告率100%。	无专门部门或专人负责报告扣1分。 医院未按规定进行网络直报扣1分。法定传染病上报不及时每例扣0.5分1例。传染病报告卡填写不符合要求扣0.2分。
(4) 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训	2分	4、查阅人员培训和考核的有关资料和记录: 有无将传染病防治知识培训纳入医院规范化培训计划。 定期对工作人员进行传染病防治法、新发生的传染病、季节性传染病知识和技能的培训。 抽临床医生、护士、医技人员各1人考核传染病防治法知识。	考核要点一项达不到要求扣0.5分, 无培训计划扣1分, 培训达不到要求扣1分。 考核1人不及格扣0.5分。

## (七) 临床检验质量管理与持续改进 (20分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 贯彻落实《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规章制度。临床检验实验室集中设置,统一管理,资源共享。实验室管理统一标准,统一质控,保证质量。	2分	1、临床实验室集中设置,统一管理、资源共享。有完善的质量管理与持续改进的规章制度和机制。检查会议记录和规章制度。	1项不符合要求扣1分。
(2) 临床检验实验室布局与流程安全、合理,符合医院感染控制和生物安全要求。	3分	2、检查科室布局是否合理、分区明确,工作流程安全、合理。消毒隔离工作和医疗废弃物及锐器的处理,符合医院感染控制和生物安全要求。有无防止意外事故的应急预案。对腐蚀性、易燃、易爆物,毒性试剂有无专人定位、定量保管使用制度及有无紧急通道导向标志。	1项不符合要求扣0.5分。
(3) 开展检验项目符合卫生行政部门公布的目录,不开展淘汰和未经批准的项目。特殊实验室取得审批许可。	2分	3、检查开展检验项目,有无开展淘汰和未经批准的项目。检查特殊实验室的审批许可证。	1项不符合要求扣1分。
(4) 临床检验项目满足临床需要,并能提供24小时急诊检验服务,实施“危急值报告”制度。	2分	4、查临床检验项目了解是否满足临床需要,抽查夜间、日间的急诊检验,能否迅速提供临床检查结果。查实施“危急值报告”制度。	1项不符合要求扣0.5分。
(5) 落实全面质量管理与改进制度,按照规定开展室内质控、参加室内质评。对床旁检验项目按规定进行严格比对和质量控制。	5分	5、检查省级的临床检验中心室内质评合格证明;室内质控,有完整的质控记录。有无失控记录和失控处理程序。检查标本采集、保存、传递和验收的规定。不及格的标本处理的程序和规定。参加卫生部或省临床检验中心组织的室内质控指标达到规定要求。卫生部质评不及格项目要有分析、处理程序、改进措施。	1项不符合要求扣1分。
(6) 检验报告及时、准确、规范,严格审核制度。	2分	6、抽查10份检验报告单,检查报告的准确性、及时性及审核制度。	1项不符合要求扣0.5分。
(7) 遵守检验项目和检测仪器操作规程,定期校准检测系统,并及时淘汰检定不合格的设备与试剂。不使用未经批准的设备与试剂。	2	7、查检验项目和检测仪器操作规程及定期校准检测系统;常规检测的仪器、试剂有无国家批准或注册的证明文件。检查仪器使用维修、校准的程序及记录和标准操作规程。有无及时淘汰经检定不合格的设备 and 试剂,查阅记录。	1项不符合要求扣0.5分。
(8) 患者、医师与护理人员对检验部门服务满意。	2	8、发问卷调查。 患者对检验部门服务的满意度≥90% 医师与护理人员对检验部门服务的满意度≥90%	1项未达到要求扣1分。

### (八) 病理质量管理与持续改进 (14分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 病理部门布局、设施、设备、工作流程和人员结构合理, 管理规范, 满足临床工作需要。	2分	1、按《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》要求检查科室布局、流程、人员结构是否合理, 符合要求。有开展病理诊断服务项目, 不具备而临床有需求的部分项目, 有外送定点医院服务。	1项未达到要求扣1分。
(2) 建立并执行病理质量管理体系, 定期开展质量评价和改进工作, 严格执行标本核对制度。	3分	2、查阅有关资料, 检查病理质量管理体系、病理组织诊断和快速诊断的规范、标本保存管理的规范、标本核对制度及执行情况	1项未达到要求扣1分。
(3) 病理报告及时、准确、规范, 严格审核制度。	3分	3、抽查10份病理报告和询问手术医生, 检查有关记录及资料。报告是否及时、准确、规范。有无执行审核制度。病理组织诊断报告≤5个工作日。术中冰冻病理直接收标本到出具结果时间≤30分钟。	1项未达到要求每例扣0.5分。
(4) 提高冰冻切片与石蜡切片的诊断符合率。	2分	4、查阅有关资料, 了解病理科是否具备相应保存条件。检查诊断符合率是否达标及保存是否符合规定, 三级医院不少于95%。病理切片、蜡块保存符合规定: 冰冻切片与石蜡切片保存(30年)蜡块保存时间不少于10年。	1项未达到要求扣1分。
(5) 环境保护及人员防护符合规定	2分	5、检查环境保护及人员防护是否符合规定。	1项未达到要求扣1分。
(6) 患者、医师与护理人员对病理部门服务满意	2分	6、发问卷调查患者、医师、护理人员对病理部门服务满意度≥90%	未达到要求扣2分。

### (九) 医学影像质量管理与持续改进 (20分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 贯彻落实《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》、《放射诊疗管理规定》、《放射诊疗管理暂行规定》等相关法律法规、法规和规章,依法取得《放射诊疗许可证》、《大型医用设备配置许可证》等。	2分	1、检查执行《放射性同位素与射线装置安全和防护条例》、《放射诊疗管理规定》等相关法律法规、法规和规章情况,查放射诊疗许可证、大型医用设备配置许可证。	缺相关资料及规章制度、许可证。1项不达到要求扣1分。
(2) 专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求,满足临床需要,能提供24小时急诊检查服务。	5分	2、检查专业设置、人员配备、岗位职责和是否持证上岗,设备设施和提供服务情况。 3、检查规章制度,岗位职责和技术、护理人员持有执业许可证,上岗合格证。大型设备检查的操作人员的上岗合格证。抽查近6个月来放射、CT、介入和超声等专业24小时急诊医、技人员值班表。	缺岗位职责和执业许可证,上岗合格证扣0.2分/人。1个专业不能提供扣0.4分。
(3) 执行技术规范,实行质量控制,开展临床随访,定期进行质量评价。	3分	3、检查有关资料及记录,有无质量管理组织、制度、工作计划、总结及改进措施。执行技术规范,质量控制标准,定期进行质量评价。检查技术规范,质量控制标准,质量评价与持续改进记录。开展临床随访制度的落实情况。	缺质量管理组织、制度、工作计划、总结及改进措施。执行技术规范,质量控制标准,质量评价扣1项扣0.5分。
(4) 保证医学影像资料质量,报告及时、准确、规范,严格审核制度	5分	4、检查相关的记录和对质量失控的处理与改进措施,集体阅片的制度及主任或专业组副高以上职称医师到临床科室阅片和参加临床讨论的记录。查记录及资料。检查报告书写是否规范、及时、准确(报告时限:急诊报告≤30分钟,一般病人报告≤24小时。)检查审核制度。抽查10份放射、CT、介入和超声等专业平诊、急诊报告。	检查时间和发报告的时间,不符合要求,书写不规范等1项扣0.25分。
(5) 环境保护、操作人员与患者个人防护达到标准要求。	3分	5、检查环境保护达标情况,查阅质控部门、技术监督等部门对环境与设备监测报告,放射防护培训记录、定期健康检查及上岗合格证放射、CT、DSA等设备专人定期进行保养和维护和检测记录,有完整的开、关机记录,故障记录和检修记录。	1台设备没有检测报告扣0.25分。 无体检记录1人/次扣0.1分。 发现1台设备无专人保养扣0.5分,有专人负责,但无保养和检修记录扣0.25分。 在用设备,发现1台设备不达标扣0.25分。
(6) 患者、医师与护理人员对医学影像部门服务满意	2分	7、发问卷调查:	不达到要求扣2分。

## (十) 手术室与供应室质量管理与持续改进 (20分)

考核内容		分值	检查方法要点	判定结果
<b>(一) 手术室管理</b>				
(1) 手术室工作流程合理, 符合预防和控制医院感染的要求。	4分	1、按《医院感染管理办法》《医疗废物处理条例》要求, 现场检查手术室的布局、设置、工作流程是否合理和符合预防和控制医院感染和医疗废物处理的要求。		
(2) 制定并实施相关的工作制度、程序、操作常规。	5分	2、查阅工作制度、程序、操作常规有关资料及实施情况。		
(3) 与临床保持良好的沟通机制, 满足住院患者的需要	1分	3、查阅有关记录: 有术前访视、手术过程与病人有交流及人文关怀、术后有评估、与病房有交接程序和记录。		考核内容1项不达到要求扣1分。
<b>(二) 供应室管理</b>				
(1) 中心供应室工作流程合理, 符合预防和控制医院感染的要求; 建筑环境、布局设置合理符合《广东省医疗卫生机构消毒供应室(中心)审核验收标准(试行)》要求, 严格划分污染区、清洁区、无菌、区域间标志明显。工作流程合理 路线及人流、物流、由污到洁, 强制通过, 不得逆行。	3分	1、按《广东省医疗卫生机构消毒供应室(中心)审核验收标准(试行)》《医院感染管理办法》《消毒技术规范》《医疗废物管理条例》现场检查。		考核内容1项不达到要求扣1分。
(2) 制定并实施相关的工作制度、程序、操作常规: 医疗安全的核心制度及工作职责: 查对制度、消毒隔离制度、交接班制度、安全防护制度、一次性医疗用品的管理制度、医疗废物管理制度等。压力蒸汽灭菌器使用人员持证上岗, 有计量部门的定期检测记录、工作运行记录等。对意外事件(停水、停电、消毒锅冷气团等遇到等)的应急处理预案和措施	5分	2、查阅制定相关的工作制度、程序、操作常规等有关资料及实施情况。		考核内容1项不达到要求扣0.5分。
(3) 与临床保持良好的沟通机制, 满足住院患者的需要; 下收下收符合无菌配送与污染回收原则并能及时满足临床需要。有征求临床意见的制度, 与病房和有关部门进行沟通、信息反馈机制和记录。	2分	3、查阅有关记录。		考核内容1项不达到要求扣0.5分。

## (十一) 药事质量管理与持续改进 (25分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>(1) 贯彻落实《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《处方管理办法》和《抗菌药物临床应用指导原则》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等有关法律、法规和规范。</p> <p>(2) 药学部门布局、设施和工作流程合理,管理规范,能为患者提供安全、及时、有效的药学服务</p>	2分	<p>1、查阅有关的制度等资料,检查落实《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用指导原则》《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知》、《麻醉药品临床应用指导原则》和《精神药品临床应用指导原则》等法规的具体措施是否到位。药事管理委员会组成、活动、记录是否符合规范。现场抽检有关人员对法规的执行情况和知晓程度。</p> <p>2、查阅有关资料,现场查看药学部门布局、服务情况:</p> <p>①、医院各药房、药库、制剂室、质检室、临床药检等布局合理、建设、管理规范、符合要求。②门诊的服务设施有利于与病人交流和用药交待。有文明服务规范用语和合理用药宣教设施、为特殊病人服务规范、设有门诊药房咨询台(窗)提供咨询服务。③急诊药房提供全天候服务、确保急诊用药的供应病房药房提供全天候服务,夜间供应及时、住院药房实行单剂量配发药品。</p>	<p>无落实法规的具体措施扣1分;无药事委员会的组织机构扣1分,会议记录不完整扣0.5分;抽检有关人员对法规的执行情况和知晓程度不达到要求扣0.2分/人。</p>
<p>(3) 建立突发事件药品供应与药事管理机制。</p> <p>(4) 建立“以病人为中心”的药学管理工作模式,开展以合理用药为核心的临床药学工作。制定、落实药事质量管理规范、考核办法并持续改进。</p>	2分	<p>3、检查突发事件的应急预案及药事管理机制。</p> <p>4、检查药事质量管理规范、工作制度及考核办法与持续改进等资料和会议记录。考查药剂科工作制度、药品管理制度;药品质量管理,药品采购制度,药品贮存管理规定,药品陈列管理规定,效期药品管理规定医院的《用药目录》、抗菌药物临床应用管理制度等有关资料。</p>	<p>考核内容①②③④1项不达到要求扣0.2分。</p>
<p>(5) 建立临床药师制,开展临床药学工作。健全临床用药的监督、指导、评价制度,开展药物安全性监测、药物不良反应与药害事件的监测和报告、抗菌药物临床应用监测,协助做好细菌耐药监测。提供合理用药咨询服务,积极推广个体化给药方案。</p>	2分	<p>5、按《处方管理办法》、《抗菌药物临床应用的指导原则》、《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理的通知48号文》要求,抽查一、二类切口手术病历各五份,检查抗菌药物应用是否合理。</p> <p>①有药学部门的质量监管体系,由专业技术人员负责临床合理用药的监督、指导、评价、开展药物安全性监测(特别对用药失误、滥用药物的监测)。</p> <p>②有药物不良反应与药害事件监测和报告制度。指导医师开展药物不良反应与药害事件的监测和报告。</p>	<p>无突发事件的应急预案扣1分,无药事管理制度及突发事件的应急处理措施缺的扣2分。</p> <p>考核内容1项不达到要求扣0.5分。</p>
	5分		<p>考核内容①②③④⑤1项不达到要求扣0.5分。</p>

		<p>③开展抗菌药物临床应用监测，协助临床做好细菌耐药监测。及时把细菌耐药情况向临床反馈，并向临床及医院管理部门提出药学干预措施。</p> <p>④为患者提供合理用药的咨询服务，积极推广个体化给药方案。</p> <p>配备临床药师2名以上，参加临床日常查房、会诊，协助医师制定治疗方案，对特殊病人进行药学监护，书写药历、单病种及典型病例分析报告。检查开展临床药师制的记录、制度、工作职责。</p>	
<p>(6) 加强处方管理，落实处方点评制度，提高处方质量，保障合理用药。</p>	6分	<p>6、抽查100份处方，检查执行《处方管理办法》和开展医务人员《处方管理办法》的培训有关资料，加强处方规范化管理；药品实行通用名称，开展处方点评，登记并通报不合理处方的情况。医师开具电子处方，有无同时打印纸质处方并签名或者加盖印章。</p>	<p>无处方点评记录，扣2分。</p> <p>无不合理处方登记、通报记录，扣2分。</p> <p>电子处方未同时打印纸质处方并由医师签名或者加盖印章，扣0.2分/1份。</p> <p>无培训记录，扣2分。</p> <p>处方未实行通用名称，扣3分。</p>
<p>(7) 加强特殊药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品的购置、使用与安全保管。</p>	2分	<p>7、检查毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品等特殊药品使用与安全保管的有关制度，抽查特殊药品处方30张（麻醉、精神药品）处方，查内容和处方的格式是否符合相关规定，检查医师和药师是否签名符合规定，考核药剂人员特殊药品管理的常识；检查医院麻醉药品培训考核情况。</p> <p>①有无特殊药品临床应用规范化管理的程序与制度。</p> <p>②检查麻醉、精神、医疗用毒性药品和放射药品是否按规定进行管理贮存。</p> <p>③麻醉药品的“五专”管理：（专人负责、专柜双锁、专用账册、专用处方、专册登记）。</p>	<p>①无特殊药品和效期药品管理制度扣2分（包括验收、储存及管理情况等），</p> <p>②考核药剂人员特殊药品管理的常识；一人不合格扣0.5分。③随机抽查病区、药房和药库特殊药品的实际管理情况；不符合要求扣0.5分。④抽查特殊药品处方（麻醉、精神药品）处方，不符合规定扣0.1分/张。</p>
<p>(8) 不使用非药学专业技术人员从事药学技术工作，不使用无批号、过期、变质、失效药品，不生产、销售、使用未经批准的制剂。</p>	2分	<p>8、检查有无非药学专业技术人员从事药学技术及管理工作；有无使用过期变质失效药品；医院制剂有否批文。</p>	<p>1项未达到要求扣0.5分。</p>
<p>(9) 患者与医师、护理人员对药学部门服务满意</p>	2分	<p>9、发问卷调查：患者、医师、护理人员对药学部门满意度≥90%。</p>	<p>未达到要求扣2分。</p>

## (十二) 输血质量管理与持续改进 (15分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 落实《献血法》和《医疗机构临床用血管理办法(试用)》、《临床输血技术规范》等有关法律和规范。	2分	1、医院落实和执行《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法(试用)》《临床输血技术规范》《医院感染管理办法》等法规的措施是否到位, 查有关的管理制度、规范和资料。随机抽查2名医护人员对有关知识的了解情况	考核医护人员对法规等有关知识的了解, 一人考核不合格扣0.25分;
(2) 设立输血科, 具备为临床提供24小时配血、供血服务的能力, 满足临床需要, 无非法白采供血。	3分	2、检查有关资料和记录: ①输血科为临床提供的服务项目。 ②为临床提供24小时用血的服务。 ③提供成分输血服务。 ④提供患者治疗性血液成分去除、血浆置换服务、有条件开展脏器移植的医院, 提供配型服务的医院, 提供配型服务 ⑤检查医院有无非法擅自采血。	1. 无24小时值班记录扣1分; 2. 血液保存条件不合格扣1分; 3. 发生血型鉴定及交叉配血错误扣2分; 4. 成分输血小于85%扣1分。 5. 医院有非法擅自采血扣3分
3) 建立输血质量全程监控, 严格掌握输血适应证, 科学、合理用血。	4分	3、检查输血管理委员会会议记录、输血质量监测监督改职责、工作制度、管理制度与规范的执行情况, 抽查考核3名医生对输血基本知识输血适应证, 合理用血的知晓程度。 查5份病历了解医生对输血适应证掌握程度并查阅有关的资料; 开展成分输血情况、输血前检查项目齐全、审批、核对流程规范、规范病人输血前输血知情同意书程序、急诊用输血的规定和程度。	1. 无会议记录质量监督制度扣2分; 2. 无信息反馈扣1分。 3、考核1人不合格扣0.5分;、 4、无开展成分输血、或输血前检查项目不齐全、审批、核对流程不规范等1项扣0.2分 5、无输血知情同意书扣1分
(4) 制定、实施控制输血感染的方案, 严格执行输血技术规范。	3分	4、检查控制输血感染的方案, 血液入库、核对、交叉配血与发出库的技术操作规程和登记制度。血液在专用冰箱贮存情况及消毒, 细菌培养记录及执行输血技术规范。	1. 未制定控制输血感染方案扣1分, 未实施扣0.5分; 2. 未建立输血技术规范扣2分; 3. 未严格执行上述规范扣2分。
(5) 落实临床用血申请、登记制度, 履行用血报批手续, 执行输血前检验和核对制度。完善输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度	3分	5、查阅有关的记录和资料。	1. 无临床用血申请、登记制度扣0.5分; 2. 无用血报批手续扣0.5分(备用血≥1000ml有科主任签字。 3. 未执行输血前检验和核对制度扣0.5分; 4. 无输血反应及输血感染疾病的登记、报告和调查处理制度扣0.5分。

### (十三) 医院感染管理与持续改进 (25分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>(1) 根据国家有关的法律、法规,按照《医院感染管理办法》要求,制定并落实医院感染管理的各项规章制度。</p>	2分	<p>1、检查《医院感染管理办法》《消毒技术管理规范》《医疗废物管理条例》《内镜清洗消毒技术操作规范》《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》等文件的执行落实情况。检查医院感染管理的三级网络及各项规章制度。有无全院控制感染方案、管理制度及消毒灭菌技术规程、定期召开工作会议。</p>	<p>无管理制度、全院控制感染方案、消毒灭菌技术规程、定期召开工作会议缺1项各扣1分</p>
<p>(2) 根据《医院感染管理办法》要求和医院功能医院任务,建立完善的医院感染管理体系。</p>	2分	<p>2、是否有完善的医院感染管理体系。查会议记录和相关资料; ①医院感染管理小组至少两次会议,医院感染管理科(或办公室),临床科监控小组职责制度等资料。②配备专职人员: &gt;500 病床不少于 3 人、&gt;1000 病床不少于 5 人。③医院感染知识培训; 专职人员每年不少于 15 小时, 新上岗人员、进修生、实习生上岗前不少于 3 小时, 医务人员每年不少于 6 小时。④计算机管理: 开展监测资料计算机管理, 对资料定期进行分析。</p>	<p>无医院感染管理三级网络扣 2 分, 未独立设置医院感染管理科扣 1 分, 专职人员配备不合适扣 0.5 分, 无开展医院感染知识培训内容考核内容中 1 项扣 0.5 分</p>
<p>(3) 医院感染管理部门实行目标管理责任制, 职责明确。</p>	2分	<p>3、检查有关资料: 专职人员职责、分工明确、持证上岗。医院各相关部门: 医务科、护理部、药剂科、检验科、总务后勤等控制医院感染工作职责。发生医院感染暴发的报告制度及处理的应急预案。</p>	<p>按职能履行职责, 一处不落实扣 0.5 分。</p>
<p>(4) 医院的建筑布局、设施和工作流程符合医院感染预防与控制的要求。</p>	2分	<p>4、按《医院感染管理办法》要求, 现场检查医院的布局、设施和工作流程, 特别是检查重点部门如手术室、产房、ICU、血液透析室、新生儿室内窥镜室、消毒供应室等。</p>	<p>医院的布局、设施和工作流程 1 项不符合要求扣 0.5 分</p>
<p>(5) 落实医院感染的病例监测、消毒灭菌监测、必要的环境卫生学监测和医院感染报告制度。</p>	2分	<p>5、检查医院感染病例监测资料, 重点部门环境卫生学监测记录、管理制度。现场检查使用中的消毒剂浓度、消毒灭菌效果、医疗废物的处理情况。抽查 10 份病历及查阅医院感染病例报告卡, 检查诊断和报告制度的执行情况。</p>	<p>医院感染病例监测资料记录不全, 抽检的使用中的消毒剂浓度不达到要求 1 项扣 0.5 分, 发现 1 例漏报医院感染病例扣 1 分。</p>

<p>(6) 加强对医院感染控制重点部门的管理, 包括感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等。</p>	<p>4分</p>	<p>6、检查对重点部门管理和开展监测情况: 医院感染病例监测(感染发病率(或医院感染现患率)、漏报率、发病部位、多发室科、高危因素、病原体及耐药性)、消毒灭菌效果监测如口腔科: 接触血液或破损粘膜的诊疗器械如牙科手机、车针、根管治疗器械、拔牙器械, 必须灭菌, 尽量采用压力蒸汽灭菌; 用多酶清洗, 结构复杂、缝隙多的器械须加超声清洗。血液透析室: 每月血液透析液、透析用水进行微生物监测, 如果结果超标有及时处理记录; 一次性透析器不得重复使用等。环境卫生学监测: 环境空气、物体表面、医务人员手。</p>	<p>重点部门管理和开展监测的项目1项未达到要求扣0.5分。</p>
<p>(7) 加强对医院感染控制重点项目的管理, 包括呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致血行感染、留置导尿管所致感染、手术部位感染、透析相关感染等。</p>	<p>2分</p>	<p>7、查医院感染控制重点项目的监测及管理措施、报告制度和个案记录, 检查医生和护士对医院感染诊断的掌握程度。</p>	<p>考核医院感染控制重点项目管查内容缺1项扣0.5分, 1人不能正确回答医院感染及常见类型的定义与诊断标准扣0.5分。</p>
<p>(8) 医务人员严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、手卫生规范、职业暴露防护制度。</p>	<p>2分</p>	<p>8、抽查2个病区的5名医护人员考核无菌技术操作、消毒隔离制度、手卫生规范、职业暴露防护的掌握情况。</p>	<p>1人考核不合格扣0.5分。</p>
<p>(9) 对消毒器械和一次性使用医疗器械、器具相关证明进行审核, 按规定可以重复使用的医疗器械实施严格的清洗、消毒或者灭菌, 并进行效果监测。</p>	<p>2分</p>	<p>9、检查采购渠道是否规范, 采购部门的三证管理、登记、帐册是否齐全, 对一次性使用无菌医疗用品有无按规定进行无害化处理, 禁止重复使用和回流市场。</p>	<p>采购渠道是不规范, 无实行三证管理扣1分, 登记、帐册不齐全扣0.5分。对一次性使用无菌医疗用品无按规定进行无害化处理扣1分。</p>
<p>(10) 开展耐药菌株监测, 指导合理选用抗菌药物。协助抗菌药物临床应用监测与管理。</p>	<p>3分</p>	<p>10、检查医院有无开展医院感染的病原学检查和耐药菌株的监测。发现医院感染病例是否及时送病原学检查及药敏试验。检查抗菌药物使用剂量、疗程和给药方法是否合理, 围手术期抗感染药物应用的适应症和疗程。抗菌药物使用率是否控制在50%以下。</p>	<p>无开展医院感染的病原学检查和耐药菌株的监测扣2分, 送检率少于50%扣1分。抗菌药物使用不合理1例扣0.5分抗菌药物使用率大于50%扣2分。</p>
<p>(11) 加强职业暴露管理, 保障职工安全。</p>	<p>2分</p>	<p>11、检查职业暴露管理情况: 有无医务人员锐器伤的处置制度, 查登记记录、追踪记录和原因分析与改进措施。</p>	<p>无制度扣2分, 考核内容一处不落实扣0.5分。</p>

### (十四) 病案质量管理与持续改进 (15分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 贯彻落实《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范(试行)》和《医疗机构病历管理规定》《广东省病历书写规范》等有关规定、规范。	2分	1、检查落实相关法规具体措施是否到位, 查阅有关资料。 检查病案管理委员会组织机构, 职责、会议记录(一年至少一次)、规章制度。	无相应制度或记录各扣0.5分。
(2) 医疗文书书写真实、客观、及时、准确、完整、规范。	5分	2、按《广东省病历书写规范》住院病历评分标准要求检查20份病历, 按 要求评分, 检查病医疗文书的书写及质量情况, 甲级病历率≥90%	甲级病案<90%每低1%扣1分, 发现一份丙级病历全扣3分。
(3) 建立、健全病历全程质量监控、评价、反馈制度, 重点加强运行病历的实时监控与管理, 提高病历质量。	4分	3、检查质量监控、评价、反馈制度及有关资料和记录: 有无建立病历环节质量监督制度和病历终末质量监督制度, 有无专人对质量进行监控及由执业医师、注册护士、医技人员组成的质控督查小组, 定期对病案的环节质量与终末质量抽查。	考核内容1项不达到要求扣1分。
(4) 建立病案管理制度并组织落实, 病案保存时限符合规定。	2分	4、查阅有关资料及制度的落实情况: 有保障病历档案资料的安全制度、提供及时的制度。病案保存时限符合规定: 住院病案自患者最后一次出院时 间计算不得少于30年, 管理制度(包括病人的隐私的保护)能有效实施。 建立计算机快速查询系统使用ICD编码进行疾病、手术分类。	考核内容1项不达到要求, 扣0.5分。
(5) 严格执行借阅、复印或复制病历资料制度, 按规定保护患者隐私。	2分	5、查病历借阅、复印或复制病历资料制度及病历回收管理规定(由病案科 派专人回收3天前出院病历, 死亡病历7天内回收。)	考核内容1项不达到要求扣0.5分。

### (十五) 介入诊疗质量管理与持续改进 (15分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 严格执行《心血管疾病介入诊疗技术管理规范》，依法取得相应资质。	3分	1、检查开展心血管疾病介入诊疗技术的医院基本要求；有卫生行政部门核准登记的诊疗科目，有血管造影室和重症监护室及其他辅助科室和设备。	开展介入心血管疾病诊疗技术的医院1项基本要求不达标扣1分。
(2) 专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求，满足临床需要，能提供24小时诊疗服务。	3分	2、检查专业设置、人员配备及其设备及培训考核合格证；专业医生应具有3年以上心血管专业临床经验、主治医师以上职务任职资格，有经卫生部认定心血管疾病介入诊疗技术培训基地系统培训并考核合格。其他相关卫生专业技术人员要有心血管疾病介入诊疗技术培训考核合格证。	1项要求不达标扣1分，1人无培训考核合格扣0.5分。
(3) 严格执行技术操作规范，实行科学的质量控制标准，开展临床随访，定期进行质量评价。	2分	3、查阅质量控制管理、质量评价的相关资料和记录及临床随访记录。	质量控制管理、质量评价资料和记录不齐全发现1项扣1分。
(4) 因病施治，合理治疗，严格掌握介入诊疗技术的适应症	3分	4、按《广东省病历书写规范》要求，检查5份介入住院病历，重点查病程记录、介入治疗的适应症、医患沟通、术前讨论、手术记录、围手术期处理及治疗的合理性。	1项要求不达标扣0.5分，甲级病案<90%每低1%扣1分、发现一份丙级病历全扣2分。
(5) 建立介入诊疗器材登记制度，保证器材来源可追溯。不违规重复使用一次性介入诊疗器材。	2分	5、检查有关制度及介入诊疗器材登记记录。有无重复使用一次性介入诊疗器材。	缺有关制度及介入诊疗器材登记记录扣1分。 重复使用一次性介入诊疗器材扣2分。
(6) 环境保护与个人防护达到标准	2分	6、个人防护达到标准，查医务人员锐器伤的处置制度，查登记记录、追踪记录和原因分析与改进措施。	1项不达标扣0.5分。

### (十六) 血液净化质量管理与持续改进 (13分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 专业设置、人员配备及其设备、设施符合医院功能任务要求, 布局合理。	4分	检查血液净化室的专业设置、人员配备及其设备、设施及布局, 专业人员应接受过不少于3个月的血液透析专业培训, 透析室具备透析区、水处理区、治疗室、候诊室等基本功能区域; 有符合规格的透析机、水处理装置及抢救的基本设备; 建立并执行消毒隔离制度, 透析液及透析用水的质量检测制度、技术操作规范、设备检查及维修制度。	1项不达到要求扣1分。
(2) 有质量管理体系落实措施保障安全。	3分	检查质量控制安全管理的制度、操作规程、工作流程、紧急意外情况的处理预案及督查情况记录。	缺有关制度及记录1项扣0.5分。
(3) 严格执行医院感染管理制度与程序, 有完整的监测记录与应急预案。	2分	按《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》要求检查监测记录与应急预案。	1项不达到要求扣1分。
(4) 血液透析机与水处理设备符合要求。	2分	现场检查血液透析机与水处理设备是否符合要求。	血液透析机与水处理设备1项不符合要求扣1分。
(5) 透析液的配制符合要求, 透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标	2分	检查透析液的配制、透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测情况, 是否达到要求。	1项不达到要求扣1分。

## 附件二 护理管理与技术水平 (100分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>一、护理管理水平 (50分)</p> <p>依法执业,认真贯彻落实《护士条例》及卫生部和省卫生厅下发的有关护理管理工作文件要求,护士薪酬及福利符合《劳动合同法》。</p> <p>(1)医院护理人员配备符合中期评估1标准。病房护士2与床位比至少达到0.43:1,全院0.6:1。护士在岗率<math>\geq 85\%</math>;产科、ICU单元床护比达到2.5-3:1;NICU和儿童ICU护士与监护床位比为<math>\geq 1.6:1</math>。<math>\geq 30</math>张病床的护理单元及重症区,值夜班的护理人员不少于2人。医院护士总人数至少达到卫生技术人员50%。护士在岗率<math>\geq 85\%</math>。各病区护士配备有明确的原则与目标,确保护理质量与患者安全。紧急情况下的护理人员调配机制,确保抢救、重大医疗事件的人力支持。</p> <p>(2)临床护士分层级管理要求符合中期评估标准。护士岗位及相应待遇落实。</p> <p>(3)医院保证落实后勤支持系统,非护理工作交由相关部门负责。</p>	12  3          6   3	<p>(1)抽查医院2-3个临床科室实际病床数、病人周转率与护士人员配置相符;近3年医院床护比、护士知识结构的动态变化资料;夜班、中午及节假日等时间段护士配备合理。ICU专科护士与床位比例。护士有无存在长期加班、拖班现象。</p> <p>(2)查看病区建立层级护理岗位,设立护理组长、责任护士、助理护士等各层级人员比例安排合理,履行不同的职责和工作任务落实情况。查专科组长、专科护师设置岗位。</p> <p>(3)检查各项后勤支持系统落实情况。有无设立良好的护理一线支持系统。</p>	<p>未取得护士执业证的见习护士单独值班,此项不得分; 此项不达标扣3分</p> <p>未设护理组长/高级责任护士岗位,职责不落实、层级职责不清晰、护士人力紧急调配不顺畅等各扣2分 未建立或职责不到位扣3分</p>

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>2. 评价护理管理体制的有效性和运行体系的适宜性。护理组织管理体系符合广东省《护理工作管理规范》的要求。(1)护理部人员配置符合《护理工作管理规范》的要求,对各级护理组织任务明确落实,并及时给予指导。(2)护理管理干部任职资格。具有大专学历以上,较丰富的专科实践经验和社经验,在护理专业学科中发挥积极的作用。(3)健全护理管理委员会。各委员会能发挥职能和职责。专科护理小组能解决临床护理工作的问题,并制定工作流程与指引。(4)建立专科护士岗位试点工作;或结合本单位专科护理发展,专科人才培养和使用成效。</p>	<p>12 2 2 4 4</p>	<p>三级护理管理架构;查阅资料、实地考察。护理行政管理体制:护理部—科护士长—病区护士长负责制。 (1)听护理部工作报告,查相关资料及评价实际效果 (2)抽查2-3名护士长基本资料及现场考察。 (3)查各委员会是否对护理部的决策职能起顾问、咨询、执行及协调功能。 专科护理小组的工作案例及实际效果的资料。 (4)查接受培训的专科护士使用情况。查专科护理学科建设情况,是否培养专科护理人才,并提供工作条件。</p>	<p>护理部职责不落实、人员配置不合理、管理不到位。扣2分 护士长学历及管理能力不胜任。扣2分 缺乏对临床实践的指导作用。扣2分 专科护理工作不到位。扣2分 没有护理学科建设的计划。扣2分 接受培训的专科护士缺乏工作条件。扣2分</p>

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>3. 护理管理工作制度、护理工作核心制度、临床护理技术规范及临床护理文书规范的实施与医院医疗服务功能定位相适应,并定期审核、完善及补充。</p> <p>(1) 护理工作核心制度的实施情况,能及时在护理文书中体现。</p> <p>(2) 临床护理技术管理。根据《临床护理技术规范》结合本专科特点,确定主要护理技术项目、分级管理、规范或指引,技能培训,高危技术准入管理情况,动态地评价护士技能水平并持续提高。</p> <p>(3) 临床护理质量管理。前瞻性和回顾追溯管理结合。</p> <p>(4) 各专科护理常规、专科技术规范、指引等健全并处于动态完善之中。护理不良事件报告和处理制度健全。各级管理者责任清楚。</p> <p>(5) 评价质量持续改进的运行机制,定期进行临床护理质量分析,确定改进工作重点,评估实施效果,促进质量改进。</p>	<p>14</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>	<p>查医院护理部工作制度、护理工作核心制度、护理总值班制度及7项护理工作核心制度的相关文书资料。</p> <p>(1) 抽查护理文书评价制度、交接班制度、护理查房制度、护理会诊制度、护理不良事件报告制度、病人告知制度、医嘱执行制度等效果。</p> <p>(2) 询问、查看相关资料。了解不同年资护士对专科技能掌握的情况。</p> <p>(3) 查看护理部及科室制度和各类与护理质量有关的护理文书资料。护理部对各病区定期进行临床护理质量分析报告,质量管理改进的实例、数据说明其效果。</p> <p>(4) 护理质量管理委员会和各专科护理小组的作用。对临床护理质量分析、追溯、培训及改进的效果。对不可预见的严重意外护理事件或质量出现偏差时应应对相关资料进行彻底评估。</p>	<p>内容不符合临床专科的需要。扣3分</p> <p>不能真实地反映落实情况。扣3分</p> <p>缺乏针对性和指导性。扣2分</p> <p>不能反映质量改进效果。扣2分</p> <p>未能充分发挥作用。扣2分</p>

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
4. 护士培训与教育。各级岗位护士的在职培训计划与实施方案。根据本单位医疗护理发展的需要选择外派进修学习。	12		
(1) 护理管理者接受市级以上的护理工科管理岗位培训，每年对其工作进行评价。	2	(1) 依据《护理工作管理规范》要求，护理部主任应接受省级卫生行政部门指定或认可的机构相应卫生管理岗位培训，护士长应接受地、市级卫生行政部门指定或认可的机构相应卫生管理岗位培训。	培训不达标。扣 2 分
(2) 护理部根据广东省《临床护理技术规范》的精神，制定本医院各级护士岗位护理技术规范及规范的培训计划	2	(2) 检查护理部根据《临床护理技术规范》制定护士“三基三严”训练计划和实施方案，检查落实情况。	未落实《临床护理技术规范》，扣 2 分
(3) 医院开展护理新技术的培训计划中有培训者、培训对象、培训时间、地点、方法、内容、技术规范详细说明。	2	(3) 查看医院开展新护理技术的相关资料，现场考查相关管理人员对制度执行情况。	没有或不落实扣 2 分
(4) 护理部开展有目的的护理查房、学习讲座和临床案例分析等学习。上级护士及时指导下级护士工作。	2	(4) 查阅及参加科室护理查房、案例分析会等实地评价。	不能有效地帮助护士提高临床业务水平、
(5) 三年工龄以下的护士必须有严格规范的“三基”培训计划，“三基”考核必须人人达标。	2	(5) 有培训效果及技术在临床实施情况的记录。并现场考察临床患者护理效果进行评价。	排班不合理各扣 2 分
(6) ICU、急诊科、血透室、产科及手术室等重点专科护士有步骤地开展核心能力训练。	2	(6) 查护士核心能力培训及工作岗位训练情况	护士实际操作能力不达标扣 2 分 未开展扣 2 分

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>二、护理技术水平 (50分)</p> <p>1、评价基础护理质量符合《临床护理技术规范》的要求</p> <p>(1)清洁护理:晨晚间护理根据病情落实清洁护理。病人单位干净整洁,皮肤(会阴指趾甲)头发清洁。病室环境清洁整齐安静。病床周边物品摆放有序,以病人取用方便为宜。</p> <p>(2)口腔护理:口腔护理质量达到《临床护理技术规范》要求。特殊患者每日至少2次口腔护理并做好患者或家属的口腔卫生教育并记录。</p> <p>(3)卧位护理:病人卧位正确舒适,处于功能位利于患者康复。活动受限的患者给予被动运动并记录。卧位与医嘱护嘱相符。</p> <p>(4)医院感染预防控制护理。手卫生设施和效果。无菌技术、标准预防技术、隔离技术和防护用品的消毒方法床护理技术规范》的要求。常用诊疗用品的消毒方法正确,使用方便。医务人员熟悉职业暴露应急处理方法。</p> <p>(5)管道护理:各种管道护理技术符合《临床护理技术规范》的要求,有标识、正确固定和记录。</p>	<p>14</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>	<p>(1)晨晚间护理、清洁护理、巡视病人、健康教育等护理工作与护士在岗人力是否相适应。 查看科室生活护理工作制度,抽查卧床患者清洁效果。</p> <p>(2)通过护理记录、现场检查了解化疗、放疗、长期使用抗生素和免疫抑制剂患者的口腔护理效果。</p> <p>(3)抽查术后、重危病人的卧位,辅助工具是否满足临床需要,使用是否正确及护理效果。</p> <p>(4)抽查重点科室手卫生设施情况。查ICU上呼吸机患者相关感染措施和多重耐药菌感染患者的隔离措施落实情况。</p> <p>(5)抽查留置管道患者的护理效果、护士对管道护理技术掌握情况及护理记录是否准确。</p>	<p>人力配置严重不足扣2分 生活护理质量不达标、不落实扣3分</p> <p>护理记录未反映扣2分,口腔护理未落实扣3分</p> <p>卧位不正确扣2分,不舒适各扣2分,没有正确使用辅助工具扣1分</p> <p>护士评估不准确或不正确扣2分 患者护理措施不正确扣3分</p> <p>查看管道护理不准确,扣2分,不落实扣3分</p>

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
2. 评价患者安全制度，护理措施的可及性和有效性。 (1)识别高危患者制度，有相关评估记录。 (2)建立安全运送患者，有完善的身份识别方法与手腕带，防止患者走失。 (3)有良好的预防措施与制度，防止患者发生压疮、烫伤、跌倒/坠床、自残/自杀、误吸/返流等意外事件。 (4)手术交接制度完善。 (5)安全使用药物，落实查对制度。侵入性护理治疗双人查对，严格执行三查七对制度。化疗药物、血管活性药物及特殊药物查对制度，并挂有警示标识，保证患者安全。毒麻精神药专人、专册、专柜、专锁、专处方等管理制度，双人核对执行后签名，并做好护理记录和相关的交接班记录。 (6)输血安全制度。严格执行输血双人床边查对制度，输血过程中，密切观察，出现不良反应时，能及时妥善处理并有记录发生输血反应。	12  2 2 2 2 2 2	查看医院及科室相关的护理安全制度 无资料此项不得分。 (1)查高危病人是否有安全警示标识、报告上级与家属等相关措施， (2)抽查科室有无患者运送的安全评估制度，老年、病情不稳定患者安全预防指引及发生意外处理等相关制度。 (3)查看科室与患者安全相关的护理单。查看不良事件报告和处理资料以及是否建立或完善相关制度持续改进。 (4)现场抽查手术患者交接班制度实施效果。术前准备单、手术安全核对单、手术护理记录单。 (5)查化疗药物、血管活性药物执行情况。查深静脉置管的相关护理单。查知情同意书。查药物外渗护理单。查毒麻精神药使用和管理情况。查静脉输液配置中心和生物安全柜配置。 (6)查看科室资料和护士执行情况。查输血安全护理单执行情况。	无相关制度或不落实扣 2 分 安全制度不落实扣 2 分 分析内容不完善，无改进措施，扣 2 分 制度不健全、落实不到位或护士未掌握扣 2 分， 制度不健全、落实不到位或护士未掌握扣 2 分，

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>3. 评价临床专科护理质量。</p> <p>(1) 交接班时间合理, 落实“七不交接”制度, 护理组长及高级责任护士以上的人员主持早上交接班、重病人交接班、重大及特殊手术交接班等工作。</p> <p>(2) 护士掌握护理评估技术, 通过评估, 能找出患者护理问题, 并针对性地采取正确护理措施。</p> <p>(3) 高级责任护士能够实施有效的健康教育, 内容符合患者需要, 沟通技巧熟练。</p> <p>(4) 护士熟知危重病人病情及熟练掌握相应的急救技术, 有完善的危重病人抢救处理程序。</p> <p>(5) 建立重点科室护理质量管理、工作流程和质量标准, 完善相应的护理管理、护理技术质量管理的工作。</p> <p>(6) 重点科室护士接受的培训, 具备能确保护理质量与患者安全的能力。</p> <p>(7) 输液泵、监护仪、呼吸机等各项性能指标准确无误。各种急救设备完好率 100%。护士能熟练掌握本专科的仪器与设备。</p>	<p>14</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>(1) 参加外科、内科科室交接班, 现场评价交接班质量。患者手术后护理质量, 是否体现患者接受的连续性护理</p> <p>(2) 参加交接班或护理查房了解护士的评估能力, 是否与岗位需要相适应。</p> <p>(3) 抽查患者对自身疾病、用药、饮食、特殊检查及活动量等健康知晓度。</p> <p>(4) 现场检查重危患者护理质量</p> <p>(5) 检查产科、ICU、NICU、手术室、急诊科等部门工作制度、流程与质量标准。消毒供应室通过质量审核。</p> <p>(6) 现场检查 ICU、急诊科患者的基础护理与专科护理效果。</p> <p>(7) 实地检查急救物品的完好性及护士操作及基本维护的技能。</p>	<p>交接班制度不落实扣 3 分</p> <p>护士能力与岗位不符合扣 2 分</p> <p>健康教育不落实扣 2 分</p> <p>护理质量不达标扣 2 分</p> <p>制度与专科护理不相适扣 2 分, 消毒供应室未达标扣 2 分</p> <p>临床护理质量不合格扣 2 分</p> <p>完好率未达到 100%扣 1 分, 护士操作不熟练扣 1 分。</p>

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>4. 评价护理文书与质量水平,符合《护理文书规范》的基本要求。</p> <p>(1)建立完善的护理文书质量管理与评价机制,建立护理文书质量分级管理。</p> <p>(2)护理文书反映相关的护理管理制度实施与落实,患者的实际护理效果,能对临床护理质量的检验和追溯。</p> <p>(3)护理记录做到简单扼要,及时记录,评估记录准确,护理文书的表格及书写部分由护士实时记录,独立完成,直接反映患者的病情转归和评价护理效果。利于患者安全目标的实现与护理质量的持续改进</p> <p>(4)根据病人情况选择专科护理单,评估项目及评估时机选择正确。评估频率与医嘱或护嘱相符</p> <p>(5)医院明确规定高级责任护士、专科护士在专科护理单中的职责。疑难病例有上级护士查房记录,护理文书体现三级护理,有科、区护士长、责任组长的查房记录。</p>	<p>10</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>依据《护理文书规范》进行质量评价</p> <p>(1)查看护理部与科室相关管理资料,各层级人员职责是否清晰落实。</p> <p>(2)抽 3 份病区运行病历检查护理记录是否即时、动态,简单清晰,与病情吻合。</p> <p>(3)核实患者与护理记录的病情是否相符。能否反映护理全过程,以及核心制度、病人安全制度等落实情况。</p> <p>(4)现场查看科室有专科护理单的使用指引。病人情况与专科护理单评估结果一致。启用和终止时机恰当。</p> <p>(5)查看各层级人员应对护理文书质量进行定期的分析、总结,并提出改进的意见和跟进实施效果。专科护理单使用人具有相应的资质。</p>	<p>管理制度不符合省《护理文书规范》的质量管理要求扣 2 分</p> <p>不达标扣 2 分</p> <p>护理记录与患者病情不符、未能反映病程扣 2 分</p> <p>专科护理单选择不正确扣 1 分</p> <p>层级管理制度不落实扣 2 分</p>

1 指《广东省护理事业发展规划中期评价标准》。2 (“病房护士”不包括各类 ICU、产科、手术室、供应室、门急诊、医技科室的护士,也不包括产休假护士。)

附表 3

主要专业部门医疗质量管理与持续改进 (315 分) (二级以下医院)

(一) 非手术科室医疗质量管理与持续改进 (30 分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 实行患者病情评估制度, 遵循诊疗规范制定诊疗计划, 并进行定期评估, 根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案。	3 分	1、抽查 10 份运行病历, 检查患者评估制度的执行情况 (如: 住院患者评估、危重病人评估、出院前评估等) 及适宜于患者的诊疗方案 (计划) 提供依据和支持。诊疗计划是否及时、具体、可行。	1 份病历无诊疗计划或无执行患者评估制度扣 0.5 分。
(2) 加强运行病历监控与管理, 落实核心制度和规范要求, 提高诊疗质量, 保障治疗安全、及时、有效、经济。	5 分	2、抽查 10 份运行病历, 按《广东省病历书写规范》要求重点检查医疗质量和患者安全的核心制度的落实情况, 甲级病历 $\geq 90\%$ 、无丙级病历。	甲级病历每低 $\leq 1\%$ , 扣 1 分至扣完为止, 发现 1 份丙级病历全扣分。 核心制度 1 项不落实扣 1 分。
(3) 落实三级医师负责制。	2 分	3、抽查患者的诊疗方案是否落实三级医师责任制。	无落实三级医师责任制扣 1 分。
(4) 规范治疗, 合理用药, 严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。	5 分	4、抽查 10 份住院病历, 按《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》检查临床用药, 尤其抗菌药是否按“非限制使用”“限制使用”和“特殊使用”分级管理规定。是否符合因病施治、合理用药、合理治疗。有无开展用药不良反应监测。	临床用药, 尤其抗菌药无实行分级管理规定扣 2 分, 发现不合理用药 1 项扣分至扣完为止。 无开展用药不良反应监测扣 2 分。
(5) 有危重病人抢救制度, 规范三级医师报告和职责, 提高抢救成功率; 严格并发症和医院感染事件报告制度, 不瞒报和漏报。	5 分	5、查看危重病人抢救流程、三级医师报告制度和职责及抽查 10 份住院病历了解有否医院感染病例瞒报和漏报	无危重病人抢救流程、三级医师报告制度和职责扣 1 分。 发现漏报 1 例医院感染病例扣 1 分。
(6) 按手术诊疗管理有创诊疗操作	5 分	6、抽查有创诊疗操作记录是否按手术诊疗管理要求	有创诊疗操作记录不全或不按要求扣 1 分。
(7) 开展单病种质量监控管理	5 分	7、重点检查 6 个单病种质量监控: 急性心肌梗死、心力衰竭、住院病人社区获得性肺炎、缺血性脑梗死的质量控制管理	无开展单病种质量监控管理扣 5 分, 质量管理未达到要求发现 1 项扣 1 分。

(一)

## (二) 手术科室质量管理与持续改进 (30分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 实行患者病情评估制度,遵循诊疗规范制定诊疗计划,并进行定期评估,根据患者病情变化和评估结果调整诊疗方案	2分	1、抽查10份住院病历,查患者评估制度的执行情况(如:住院患者评估、手术前评估、麻醉评估、危重病人评估、住院患者再评估,包括手术后评估、出院前评估等)及适宜于患者的诊疗(手术)方案(计划)提供依据和支持。	1份病历无诊疗计划或无进行患者评估制度扣0.5分
(2) 实行手术资格准入、分级管理制度,重大手术报告、审批制度。	2分	2、查阅有关资料及抽查10份住院病历,了解制度的执行情况: ①手术医师、麻醉医师资格管理制度和手术审查、准入制度、分级管理制度。 ②重大手术报告、审批制度。	缺①②中之一扣0.5分
(3) 加强围手术期质量控制,重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理,医患沟通制度的落实。术前:诊断、手术适应症明确,术式选择合理,患者准备充分,与患者沟通并签署手术和麻醉同意书、输血同意书等。手术前查对无误;术中:手术操作规范,输血规范,意外处理措施果断、合理,术式改变等及时告知家属或委托人;术后:观察及时、严密,早期发现并发症并妥善处理。提高术前诊断与病理诊断相符率。	5分	3、抽查10份病历,重点考核本科前5位住院病种,检查手术记录是否规范,术后记录是否正确反映病人术后的情况。术前准备:诊断、手术适应症是否明确,术式选择是否合理、有无与患者签署手术、麻醉同意书,输血同意书,检查手术中管理及术后处置、手术查对、术中管理、术后处置是否合理规范。术前诊断与病理诊断是否相符。	考核要点1项达不到要求扣0.5分至扣完为止。
(4) 麻醉工作程序规范,术前麻醉准备充分,麻醉意外处理及时,实施规范的麻醉复苏全程观察。	3分	4、抽查10份住院病历,检查麻醉工作程序、术前麻醉准备是否规范,发生麻醉意外处理情况。麻醉复苏是否实施全程观察。	考核要点1项达不到要求扣0.5分至扣完为止。
(5) 加强运行病历的监控与管理,落实核心制度和规范要求,提高医疗质量,保障治疗安全、及时、有效、经济。	5分	5、抽查10份运行病历,按《广东省病历书写规范》要求重点检查核心制度的落实情况和查病历书写质量,甲级病历≥90%、无丙级病历。	核心制度1项不落实扣1分。 甲级病历每低≤1%,扣1分至扣完为止,发现1份丙级病历全扣分。

<p>(6) 落实三级医师负责制。</p>	<p>2分</p>	<p>6、抽查10份运行病历检查，三级医师责任制是否落实。</p>	<p>发现1份病历无落实三级医师责任制扣0.5分。</p>
<p>(7) 规范治疗，合理用药，严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》及其他药物治疗指导原则、指南。</p>	<p>5分</p>	<p>7、抽查10份住院病历，按《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》检查临床用药，尤其抗菌药是否按“非限制使用”“限制使用”和“特殊使用”分级管理规定。是否符合因病施治、合理用药、合理治疗。有无开展用药不良反应监测。</p>	<p>抗菌药使用无实行分级管理规定扣2分，发现不合理用药1项扣0.5分至扣完为止，无开展用药不良反应监测扣2分。</p>
<p>(8) 有危重病人抢救制度，规范三级医师报告和职责，提高抢救成功率；严格并发症和医院感染事件报告制度，不瞒报和漏报。</p>	<p>4分</p>	<p>8、检查危重病人抢救流程，三级医师报告制度和人员职责、医院感染事件报告制度、有无漏报等。</p>	<p>无危重病人抢救流程、三级医师报告制度和人员职责缺一项扣1分。发现漏报一例医院感染病例扣1分。</p>
<p>(9) 采取有效措施，缩短择期手术患者术前平均住院日。</p>	<p>2分</p>	<p>9、统计5份择期手术患者病历的平均住院日和科室采取缩短择期手术的措施。择期手术患者术前平均住院日&lt;3天。</p>	<p>择期手术平均住院日超过3天扣1分。科室无采取缩短择期手术的措施扣1分。</p>

### (三) 门诊工作医疗质量管理与持续改进 (20分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 门诊环境布局合理, 符合医院感染预防与控制要求。	3分	1、检查门诊环境布局、医院感染预防与控制的管理。有无健全门诊的质量管理体系与服务流程及质量管理与持续改进的方案落实情况与完善的信息系统。	考核内容1项未达到要求扣1分。
(2) 有分诊、导诊服务, 落实首诊负责制	2分	2、查阅有关管理制度及分诊导诊的服务流程; 首诊负责制等实施情况。	考核内容1项未达到要求扣0.5分。
(3) 依据工作量及需求, 合理配置专业技术人员, 落实普通门诊、专科门诊、专家门诊职责, 提高门诊确诊能力, 保障门诊诊疗质量。	5分	3、查阅有关资料及记录, 现场查看门诊医师的配置适宜情况: 按每小时5-8人的工作量合理安排门诊应诊医师。外院进修人员出门诊有授权批准程序。 特殊(专家)门诊的管理: 有专家门诊的中请、审批、资格认定的制度与规范。副高以上职称医师出门诊每周不少于1次。实际出诊率 $\geq 90\%$ 有专科门诊质量管理与评价机制。 专家门诊量限定与普通门诊的管理制度。	考核内容1项未达到要求扣0.5分扣完为止。
(4) 规范门诊医疗文书, 有书写质量监控措施。	5分	4、有各项医疗服务技术规范与准入管理制度。执行《广东省常见病基本诊疗规范》, 对常见病的诊疗力求做到合理检查, 合理治疗、合理用药。有门诊医疗文书的书写规范与质量检查制度。现场检查20份门诊病历、处方、各种检查申请单、报告单是否符合规范要求。门诊病历、处方书写合格率 $>90\%$ 。	门诊病历、处方等书写与不符合要求1例扣0.5分。 考核内容1项未达到要求1分至扣完为止。
(5) 制定突发事件预警机制和处理预案, 提高快速反应能力	2分	5、查阅资料, 有无突发事件预警机制和处理预案。发现问题能否及时给予处理并有记录。	考核内容缺1项扣1分。至扣完为止。
(6) 开展多种形式的门诊诊疗服务, 满足患者不同就医需要, 方便患者就医。	2分	6、有合理的服务流程, 方便患者就医, 在岗员工熟悉服务流程、规范。 抽查2-3名在岗员工对服务流程的熟悉情况。	考核内容缺1项扣0.5分。
(7) 严格执行传染病预检分诊制度和报告制度。	1分	7、检查执行传染病报告制度情况, 法定传染病报告率100%。	传染病报告率不达标扣1分。

### (四) 急诊医疗质量管理与持续改进 (25分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 急诊科独立设置, 急诊专业队伍稳定, 人员相对固定, 设备设施完备, 布局合理, 满足急诊工作需要, 符合医院感染控制要求。	2分	1、现场检查急诊专业设置、人员配备。医护人员数与功能任务是否匹配, 查阅岗前培训及有关资料和记录。急诊科是否独立设置, 科室布局、专业设置是否合理、分区明确, 符合医院感染控制要求。	1 项不符合扣 0.5 分。
(2) 急诊医务人员经过专业培训, 能够胜任急诊工作, 急诊抢救工作由主治医师以上 (含主治医师) 主持或指导, 不断提高急危重症患者抢救成功率。	2分	2、急诊人员是否相对固定, 配置是否合理, 能否满足急诊工作需要。急诊至少设有内、外科系统, 有固定的值班医师。进修医师、护士, 必须经培训考核合格方可上岗。	1 项不符合扣 0.5 分。
(3) 急救设备、药品处于备用状态, 急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备, 熟练掌握心肺复苏急救技术。	5分	3、检查急救服务设施和急救药物是否齐备完好, 医务人员能否熟练操作和正确使用急诊科的抢救、复苏设备和急救药物。通讯设施完好、畅通。用案例考查救护车出车时间、急救设备应急补充时间等。查阅有关资料与交班与维修保养记录。抽查 2 名急诊医护人员考核使用各种抢救设备、掌握心肺复苏急救技术和急救药物情况。	急诊科必备的急救设备 (如供氧设施、抢救车、呼吸机、吸引器、除颤器、心电图监护或心电图机、洗胃机等) 及药品配备不全或不能正常使用扣 5 分; 急诊设备或药品摆放不合理扣 2 分。其它 1 项不符合扣 1 分, 1 人考核不及格扣 1 分至扣完为止。
(4) 加强急诊质量全程监控与管理, 落实核心制度, 尤其是首诊负责制和会诊制度, 急诊服务及时、安全、便捷、有效, 提高急诊分诊能力, 建立“绿色通道”, 科间紧密协作, 建立与医院功能任务相适应的重点病种 (创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中) 急诊服务流程与规范, 保障患者获得连贯医疗医疗服务。	6分	4、重点检查急诊检验、放射、输血、药房、会诊、留观、手术、转诊等各环节的工作程序, 是否便捷、安全、有效、流程合理。能否提供快捷、连贯服务。查急诊质量监控与管理及落实核心制度的情况。重大、紧急、意外事件处理的预案与演练记录文件。用案例演练所具备处理急危重症的能力。 ①建立急诊、入院、手术“绿色通道”, 提供便捷、安全、有效的急诊服务程序。有急诊服务的工作流程及管理文件, 特别是重点病种 (创伤、急性心肌梗死、心力衰竭、脑卒中等) 的急诊服务流程与规范。有确保应急电、氧气供应的程序。 ②提供 24 小时急诊服务的二级临床学科 ≥ 85% ③急诊药房、检验、放射科提供 24 小时全天候服务。④提供 24 小时急诊用血服务。	①②③④之 1 项不符合扣 2 分。

<p>(5) 加强急诊留观患者管理, 提高需要住院治疗急诊患者的住院率。</p>	<p>3 分</p>	<p>5、查留观患者的记录及管理制度, 检查需要住院治疗急诊患者的急诊留观时间。急诊留观时间平均不超过 48 小时。</p>	<p>急诊留观时间&gt;48 小时每例次扣 0.5 分。</p>
<p>(6) 急诊抢救医疗文书书写规范、及时、完整。</p>	<p>5 分</p>	<p>6、查看急诊科死亡病历 5 份, 按《广东省病历书写规范》要求重点检查核心制度的落实情况 and 病历书写质量。急诊抢救是否合理检查, 合理治疗、合理用药。</p>	<p>核心制度的不落实每例扣 1 分, 处理不及时扣 0.5 分/例, 不及时检查、用药、治疗等每项扣 0.5 分</p>
<p>(7) 医患沟通充分。</p>	<p>2 分</p>	<p>7、检查死亡病历 5 份, 知情同意书的签署情况。</p>	<p>缺知情同意书签署扣 2 分</p>

### (五) 重症监护病房医疗质量管理与持续改进 (25分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
<p>(1) 重症监护病房布局合理, 人员、设备、设施配备与其功能、任务相适应, 科间紧密协作, 保障诊疗工作需要。执行粤卫【2004】95号文件的规定。</p>	5分	<p>1、检查重症监护病房布局是否合理, 设置符合方便患者转运、检查和治疗的区域。是否有确保重症病人救治的必备设施(监护系统、呼吸机、气管插管、吸引设备、供氧设备)。病床数不少于8张。</p> <p>2、人员配备专职的医师护士, 有ICU医师、护士的准入制度。(固定编制医师均是接受过ICU专业培训一年以上或进修学习半年以上, 并担任住院医师二年以上人员。固定编制护士要熟练掌握专业技术操作技能。)</p> <p>3、护士与床位比为2.5-3:1以上</p>	<p>1项不符合扣1分。</p>
<p>(2) 建立健全重症监护病房质量管理体系, 并组织实施。</p>	5分	<p>2、查阅病房质量管理体系、常规、技术操作规程等有关资料。如医疗质量控制制度、会诊制度、三级查房制度、病人转入、转出制度、抗生素使用制度、血液与血液制品使用制度、消毒隔离制度、抢救设备操作、管理制度等。</p>	<p>无各项规章制度, 各类人员的工作职责及诊疗常规等1项扣1分至扣完为止。</p>
<p>(3) 医务人员实行岗位准入管理, 强化理论和技能培训, 提高专业技术人员的业务水平。</p>	5分	<p>3、查医务人员岗位职责、工作制度及准入管理、理论与技能培训考核制度等有关资料。现场抽2-3名医护人员, 考核专业技术操作水平; 气管插管、有创动脉血压、中心静脉压的监测与操作或相关知识。中心静脉置管、机械通气、血液净化的操作、心脏除颤操作、肠内营养和肠外营养的操作和知识。</p>	<p>1项不符合扣1分, 考核专业技术操作不合格扣1分/人, 不熟练扣0.5分/人。</p>
<p>(4) 严格执行患者入、出重症监护病房标准。</p>	2分	<p>4、查10份病历检查患者入、出重症监护病房的标准及执行情况。</p>	<p>不符合标准每例扣0.2分。</p>
<p>(5) 加强重症监护病房医院感染管理, 严格执行手卫生规范及MRSA等特殊感染病人的隔离。对呼吸机相关性肺炎、血管内导管所致感染、留置尿管所致感染实行监控。</p>	3分	<p>5、按《医院感染管理办法》要求评价医院感染管理的落实情况; 重点检查医务人员手卫生、多重耐药菌医院感染的监测和管理。有预防医院感染管理的应急预案和控制措施。</p>	<p>手卫生检查发现1人不符合要求扣0.5分                  多重耐药菌医院感染的监测和管理发现一例扣0.5分。无预防医院感染管理的应急预案和措施1项扣1分至扣完为止。</p>
<p>(6) 加强运行病历监控与管理, 落实核心制度和岗位职责, 规范全程管理、严密观察、及时处理患者病情变化, 提高危重患者抢救成功率。</p>	5分	<p>6、抽查10份病历, 查核心制度的落实执行情况。按《广东省病历书写规范》的评分标准要求检查。</p>	<p>核心制度的不落实每例扣.1分, 处理不及时扣0.5分/例, 不及理检查、用药、治疗等每项扣0.5分。甲级病历每低≤1%, 扣1分。发现1份丙级病历全扣分</p>

### (六) 感染性疾病科管理 (15分)

考核内容	分值	检查方法要点	判定结果
(1) 感染性疾病科建设符合规定, 严格执行门诊患者预检分诊制度。	5分	1、按《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》《传染病防治法》要求检查, 感染性疾病科的建设是否符合要求; 科室布局、设施、配置规范。肠道门诊、发热门诊、传染病房等的建筑设计和服务流程符合医院感染管理的要求。	1项不符合要求扣1分。
(2) 严格执行《传染病防治法》及相关法律、法规、规章和规范。建立健全规章制度并组织实施, 有效预防和控制传染病的传播和医源性感染。	3分	2、查阅有关资料, 检查法规、规章制度等的执行情况, 有无传染病控制的预案及应急处理措施。	无建立健全规章制度, 组织实施不落实, 1项扣0.5分。
(3) 有专门部门或人员负责传染病疫情报告工作, 并按照规定进行网络直报。	4分	3、检查疫情报告登记的有关资料 ①有专门部门或专人负责按规定报告疫情工作。医院按规定进行网络直报。 ②法定传染病报告率100%。	无专门部门或专人负责报告扣1分。 医院未按规定进行网络直报扣.1分, 法定传染病上报不及时每例扣0.5分1例, 传染病报告卡填写不合格要求扣0.2分。
(4) 定期对工作人员进行传染病防治知识和技能的培训。	3分	4、查阅人员培训和考核的有关资料和记录: 有无将传染病防治知识培训纳入医院规范化培训计划。 定期对工作人员进行传染病防治法、新发生的传染病、季节性传染病知识和技能的培训。 抽查临床医生、护士、医技人员各1人考核传染病防治法知识。	考核要点一项达不到要求扣0.5分, 无培训计划扣1分, 培训达不到要求扣1分。 考核1人不及格扣0.5分。